

新規依頼申し込み票

訪問看護 AIナース



TEL:03-5755-3700

FAX:03-5755-3702

ステーションコード：7396104

介護保険番号 1361190794

☐NS (週 回)
☐PT/OT (週 回)
☐ST (週 回)

事業所名・病院名：

御中

ご担当者氏名：

様

電話：

FAX：

ご利用者	フリガナ			性別	生年月日			
	氏名			男・女	M・T S・H・R		年 月 日 (歳)	
	住所				電話番号			
	保険	☐ 介護保険 ☐ 医療保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (申請・変更中： /) ☐ 国保 ☐ 特定難病 ☐ 自立支援 ☐ マル子・マル乳 ☐ 身体障害者 (級) ☐ 特定難病 ☐ 生活保護 (申請中： /)					
	療養場所	自宅・入院中 (入院先：)			(退院予定日： /)			
主介護者	フリガナ			続柄	同居 ・ 別居			
	氏名				電話番号			
医療機関	医療機関名			主治医	科		先生	
	住所				電話番号			
	※訪問看護指示書の依頼 (済・未)				☐ 訪問診療 ☐ 通院 病院名 ()			
現病歴	疾患名：							
	病状・療養環境など：							
既往歴								
ご希望のサービス内容	☐ 療養相談 ☐ 内服管理 ☐ 排便コントロール ☐ ストーマケア ☐ 褥瘡処置 ☐ 入浴介助 ☐ 胃瘻管理 ☐ 膀胱留置カテーテル管理 ☐ 在宅酸素管理 ☐ 点滴管理 ☐ 家族支援 ☐ ターミナルケア ☐ その他 () ☐ PT/OTリハビリテーション ※屋外歩行訓練の希望 (有・無) ☐ STリハビリテーション (言語訓練・嚥下訓練・その他)							
現在ご利用中のサービス	月 火 水 木 金 土 日			契約日時		☐ 退院カンファレンス ☐ 担当者会議		
						日時：		
ご希望の曜日/時間				初回訪問日				
備考欄								